

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1897-98. — N° 166.

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES
ABCÈS DU FOIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 Juillet 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Emile VIRTELY

Né le 16 Février 1873, à Vandenesse (Côte-d'Or).



LYON

ALEXANDRE REY IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1898

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1897-98. — N° 166.

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES
ABCÈS DU FOIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

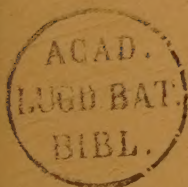
Et soutenue publiquement le 29 Juillet 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Emile VIRTELY

Né le 16 Février 1873, à Vandenesse (Côte-d'Or).



LYON

ALEXANDRE REY IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1898

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Eliniques médicales.	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.	GAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.	LORTET.
Physiologie.	TESTUT.
Pathologie interne.	RENAUT.
Pathologie externe.	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.	TRIPIER.
Médecine légale.	POLLOSSON (M.)
Hygiène.	ARLOING.
Thérapeutique.	LACASSAGNE.
Pharmacie.	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE
---	-----------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (A.)—
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
CHANDELUX.	POLLOSSON (A.)	BOYER.	BARRAL.
BEAUVISAGE.	ROCHET.	VALLAS.	MOREAU.
CONDAMIN.	ROLLET.	SIRAUD.	GAUSSE, chargé des
COURMONT.	ROQUE.	DURAND.	fonctions d'agrégé.
DEVIC.	ROUX.	DOYON.	BORDIER —
GANGOLPHE.	COLLET.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BONDET, Président ; M. LANNOIS Assesseur ;
MM. ROQUE et VALLAS, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Hommage de reconnaissance et de vive affection.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR BONDET

Chevalier de la Légion d'Honneur.

A M. LE DOCTEUR JABOULAY

Ancien Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Chirurgien des Hôpitaux.

AVANT-PROPOS

Au terme de nos études médicales, nous sommes heureux d'adresser à tous nos Maîtres lyonnais l'hommage de la plus affectueuse reconnaissance pour leurs obligeants conseils et les savantes cliniques de leur enseignement hospitalier.

M. le professeur de clinique médicale Bondet, en particulier, est l'objet de nos plus vifs remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse, et pour sa bienveillance habituelle à nous guider dans l'examen du malade à la visite du matin.

Mais c'est un devoir pour nous de rappeler que ce modeste travail nous a été inspiré par M. le Dr Jaboulay, chirurgien des hôpitaux, qui s'est toujours mis gracieusement à notre disposition pour nous fournir les observations inédites de son service et les indications d'une technique opératoire où il excelle, nous l'en remercions bien sincèrement.

Nous ne saurions oublier également M. le professeur

agrégé Roque, pour les cliniques de l'Hôtel-Dieu, que nous avons toujours fidèlement suivies, où la clarté de son enseignement jointe à une parole facile et littéraire était pour nous du plus vif intérêt.

Dans notre profonde gratitude envers tous ceux qui nous ont initié dans l'art de la médecine, notre reconnaissance va droit aussi à nos Maîtres de l'Ecole de Dijon, qui ont été pour nous les premiers guides au début de nos études.

M. le professeur de clinique chirurgicale Parizot a été non seulement pour nous un maître autorisé, mais aussi un ami de la famille toujours dévoué qui nous a suivi pas à pas pendant tout notre temps scolaire, nous soutenant toujours de ses meilleurs conseils.

Nous citerons également MM. les docteurs Deroye, Gautrelet et Morlot qui se sont toujours vivement intéressés à nous.

A tous enfin, parents et amis, et la tâche est facile et douce, nous vouons la même reconnaissance et la même affection; nous regrettons un départ en quelque sorte prématuré, soustrait ainsi à leur bonne et franche gaieté pendant les quelques mois encore qui les séparent également de la fin de leurs études.

INTRODUCTION

Sans vouloir nous attarder sur le mode de production des hépatites suppurées, qu'elles soient consécutives à un traumatisme, à la dysenterie ou à la malaria ; nous tiendrons à faire ressortir, dans ce travail, l'utilité qu'il y a à donner une prompte issue au pus des abcès du foie, et nous opposerons aux méthodes de lenteur, qui seules étaient connues autrefois, les méthodes dites rapides que l'on préconise aujourd'hui et qui peuvent assurer le succès en cas d'intervention.

Il est évident que le diagnostic d'abcès du foie, fait au début de l'affection, est une des grandes chances de ce succès, alors que le malade n'est pas épuisé par une suppuration prolongée, et qu'il ne sera pas tombé dans la période de cachexie mortelle.

Nous verrons, par quelques-unes de nos observations, que ce diagnostic n'est pas toujours facile, et que dans ces cas une incision exploratrice et une ponction pourront

rendre de grands services. Aussi croyons-nous qu'il sera nécessaire d'insister sur les symptômes propres à l'abcès du foie, afin d'établir le diagnostic et le siège aussi exactement que possible, et de le différencier des autres affections avec lesquelles on pourrait le confondre.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

ABCÈS DU FOIE

CHAPITRE PREMIER

Ce serait une énumération beaucoup trop longue, s'il fallait citer tous les travaux qui ont été publiés sur les abcès du foie et sur leur traitement ; aussi nous contenterons-nous de faire une bibliographie restreinte, qui démontrera que depuis très longtemps les médecins avaient compris la nécessité d'une intervention en présence d'un abcès du foie.

Hippocrate conseillait de l'ouvrir au fer rouge, et, pour lui, le diagnostic offrait plus de difficulté que le traitement. Rendons-lui justice de cette remarque, car nous verrons qu'aujourd'hui l'existence et le siège du pus dans le foie font hésiter souvent les plus habiles praticiens.

Après Hippocrate, Arétée indique le même traitement ; il découvre un nouveau signe de diagnostic : la douleur dans l'épaule droite. Quant à Galien, il décrit plutôt l'abcès en lui-même et néglige le traitement ; les malades qui en sont porteurs, il les appelle *hepatici*.

Les auteurs du moyen âge, tels que Alexandre de

Tralles, Forestres, Sennert, Rivière, Bertholin, etc., ne paraissent pas avoir attaché beaucoup d'importance à ces abcès ; ils ne font que les citer sommairement dans leurs écrits. Ambroise Paré donne quelques indications opératoires, sans y insister longuement.

Bonnet¹, Bianchi², Valsalva³ s'abstiennent d'opérer et laissent au pus le soin de se livrer de lui-même une issue.

Morgagny a vu que l'ouverture de ces abcès était possible dans la plèvre, le poumon, l'estomac, le duodénum, les voies biliaires, le péritoine, il ne conseille d'intervenir que lorsque l'abcès pointe à l'extérieur.

Puis nous arrivons aux communications de Souiller dans les *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1730, de Bertrandi et d'Andouillé, dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, 1757.

Mais ces derniers ignorent complètement la nature et la pathogénie de ces abcès et indiquent un traitement purement fantaisiste.

Larrey, en 1812, dans le *Mémoire de chirurgie militaire*, conseille l'ouverture au bistouri, et à partir de ce moment, les travaux se multiplient, grâce aux Français et aux Anglais qui ont l'occasion dans leurs colonies de traiter de nombreux abcès du foie. Graves et Begin conseillent l'ouverture en plusieurs temps.

En France, nous trouvons les recherches d'Andréal (*Archives générales de médecine*, 1824), le *Traité des*

¹ *Sepulchretum anatomicum*, Genève, 1700.

² *Historia hepatica*, Genève, 1725.

³ Valsolva, *Epistola anatomica*.

maladies de foie, par Bonnet (Lyon, 1828); l'article de Bouillaud; les *Recherches anatomo-pathologiques* de Louis, de Cruveilhier, en 1855 et 1856.

A l'étranger, nous citerons : le *Traité des maladies du foie*, par Frerichs, les études de William, Thompson, Anneslay; Budlal (*On diseases of the Liver*, London, 1851); Morehead (*Clinical researches on diseases in India*, London, 1856).

A partir de ce moment, nombreux sont les auteurs qui se sont occupés des abcès du foie, en particulier Rendu, Bertrand, Laveran, Rochard, Malboux, Defontaine¹; tout dernièrement, cette importante question a été reprise à la Société de chirurgie de Paris, et c'est aux communications de Loison, Richelot, Walther que nous avons fait de nombreux emprunts; nous reproduisons même plusieurs observations que M. Walther a publiées dans les *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*².

¹ Defontaine, *Revue de chirurgie*, 1888.

² Walther, *Révue de chirurgie de Paris*, 9 février, 16, 25 mars 1898.

CHAPITRE II

MÉTHODES ANCIENNES

Toutes les méthodes que nous allons passer en revue sont susceptibles du même reproche : on perdait beaucoup trop de temps à évacuer le pus, alors que le principal était d'aller le plus vite possible. Mais il serait injuste de méconnaître que la plupart des insuccès étaient dus au manque d'antisepsie qui faisait complètement défaut à cette époque, car la conduite que tenaient Larrey et Horner était une des meilleures, malheureusement presque tous leurs malades succombaient à l'infection, à la suite de l'ouverture du péritoine.

L'application de la potasse caustique, suivant la méthode de Récamier, demandait une quinzaine de jours pour arriver sur le pus ; la ponction à l'aide du trocart, jouissant encore de la faveur de quelques praticiens, présente quelques inconvénients ; le trocart doit rester plusieurs jours dans le tissu hépatique, son calibre étant trop étroit se laisse souvent boucher par le pus formé de grumeaux qui ne peut s'évacuer ; si, au contraire, il est trop gros par suite du ramollissement du foie, le pus peut s'échapper entre le trocart et la plaie, d'où infection presque certaine ;

le trocart est souvent utile, il sert de guide au bistouri pour pénétrer dans la glande, lorsqu'on a pu reconnaître le siège du pus.

Mais les résultats opératoires étaient peu satisfaisants, et la statistique de Castro relate 45 morts pour 100 opérés.

Aussi quelques médecins préféraient-ils s'abstenir plutôt que d'exposer leurs malades à une intervention qu'ils considéraient comme très dangereuse ; se fiant à une ouverture spontanée de l'abcès dans les bronches, la plèvre, l'intestin ; la guérison est en effet possible si le pus trouve une issue dans les bronches, mais cette ouverture reste insuffisante et tous les auteurs conseillent d'intervenir bien avant au bistouri. La terminaison la plus heureuse est incontestablement celle où le pus se fait jour dans l'intestin, alors que des adhérences suffisantes ont pu s'établir entre la face inférieure ou le bord antérieur du foie et une partie quelconque du duodénum, mais certes ce cas est de tous le plus rare, et il ne serait pas prudent d'attendre une issue aussi favorable.

D'autres fois, lorsque l'abcès a perforé le diaphragme et la plèvre, le pronostic est encore plus fatal par suite de la pleurésie purulente qui en est la conséquence.

Aucune de ces méthodes n'est donc plus acceptable, alors que maintenant on peut, presque sans danger, grâce à l'antisepsie, reconnaître l'état d'un organe aussi important que le foie.

C'est ainsi qu'en 1880, dans les *Archives de médecine navale*, Stromeier-Little fit part d'un nouveau procédé, non seulement par l'opération elle-même, mais aussi par la recherche hâtive du pus, sans préoccu-

pation des adhérences préventives ; selon lui, il ne faut « pas craindre les ponctions exploratrices, il faut les multiplier au contraire, afin d'intervenir le plus tôt possible, et enfin ouvrir d'un seul coup, d'un coup de sabre, en enfonçant le bistouri à 7 ou 8 centimètres. » Mais Rochard, Malboux, Segond lui ont reproché avec raison cette ouverture de l'abcès « d'un seul coup de bistouri, » car on s'expose à l'infection du péritoine, et si Stromeyer-Little n'a pas toujours eu cette complication fâcheuse, il faut l'expliquer « par ce fait que le pus des abcès hépatiques est souvent stérile et qu'il peut être déversé sans danger dans la cavité abdominale ». Il faut donc, suivant les conseils de tous les chirurgiens, diviser tous les tissus couche par couche, jusqu'à ce que le pus s'échappe largement : on ne recherche le pus que lorsqu'on a le foie sous les yeux, après ouverture de la paroi, y compris le péritoine ; on fait une incision en se servant du trocart, comme guide, si on le veut. Mais l'incision brusque de Stromeyer-Little est dangereuse. Presque tous maintenant sont d'avis de réséquer une ou plusieurs côtes pour se donner plus de jour, et, pour empêcher la rétraction du foie, lorsque la collection hépatique est considérable, et l'effusion du pus dans le péritoine, M. le professeur Poncet a conseillé « de fixer à l'angle inférieur de la paroi abdominale, le bord antérieur du foie, au moyen d'un seul gros fil de soie plat, prenant toute l'épaisseur du foie et pénétrant à 1 ou 2 centimètres dans l'épaisseur du tissu hépatique ».

Si toutefois l'on craignait que le pus ne vienne à fuser, on pourra faire une courte ouverture lombaire comme l'a pratiquée M. le Dr Jaboulay.

De tout cet exposé, il ressort que ces divers procédés pour l'évacuation immédiate du pus sont insuffisants, et qu'une intervention rapide s'impose par l'application des méthodes nouvelles, que nous allons passer en revue dans notre second chapitre et qui constitue en réalité l'objet de notre thèse.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC DES ABCÈS DU FOIE DE LEURS DIFFÉRENTS SIÈGES ET LEUR TRAITEMENT CORRESPONDANT

Le mode de traitement de l'abcès du foie par intervention rapide, constituant l'une des indications opératoires les plus formelles, est soumis à une détermination préalable du siège présumé de la collection purulente. Or, la convexité du foie comme la face inférieure sont susceptibles toutes deux d'une mutuelle atteinte. Mais, comme dans les deux cas, la symptomatologie se confond avec celle des lésions des organes voisins, elle ne laisse pas de rendre le diagnostic obscur et très épineux. Aussi l'étude méthodique de l'abcès constitué et du traitement correspondant appelle-t-elle, dans la localisation, la distinction de deux variétés d'abcès : abcès de la face supérieure et abcès de la face inférieure.

Nous n'insisterons pas sur les signes généraux et fonctionnels, toujours les mêmes et de facile interprétation. Ils peuvent se résumer ainsi : spontanéité d'une douleur très vive, en général, dans l'hypocondre droit ; crises intermittentes d'abord, puis fixes aux derniers jours de l'abcès constitué ; nausées, urines rares, très chargées, de teinte acajou. L'état général est mauvais, la faiblesse ex-

trême, l'insomnie pénible et l'oppression très vive. Les téguments sont pâles, d'une coloration jaunâtre et terreuse, dépression complète ; la parole difficile, haletante, la voix presque éteinte et souvent le moindre effort articulé provoque des quintes de toux avec expectoration de crachats purulents, aux caractères habituels des suppurations hépatiques, gris rougeâtre, épaisses, visqueuses, d'une odeur fétide. La peau est chaude et sèche. La température oscille entre 38 et 39°5 et 40 degrés. L'amaigrissement augmente progressivement par difficulté d'alimentation, par anorexie et inappétence du malade, dès le début des douleurs hépatiques.

Quant aux signes physiques, ils sont peut-être plus importants pour le diagnostic différentiel du siège de la collection et cela, en particulier, pour la convexité du foie.

L'abcès volumineux, en effet, refoule le diaphragme et, dans cette voie ascensionnelle, est susceptible ou non d'une obliquité postéro-externe se traduisant, dans ce dernier cas, par un simple élargissement, facilement appréciable des 8°, 9° et 10° espaces intercostaux en général, sans voussure bien marquée, et dans le premier cas, au contraire, par une ampliation thoracique considérable et une voussure très accentuée.

La palpation et la percussion ont des signes communs. La région est toujours le siège d'une matité absolue, qui remonte plus ou moins haut en arrière jusqu'à l'épine ou à l'angle de l'omoplate.

La pression réveille une douleur très vive et, à l'auscultation, à ce niveau, nous avons une atténuation ou une abolition complète du murmure vésiculaire, parfois sans frottements pleuraux. Or, cette zone de matité étendue

avec tous ses caractères physiques ne sont pas toutefois les éléments rationnels, absolus du diagnostic ferme de l'hépatite séparée. Toutes les observations de Walther en font foi et le diagnostic peut hésiter entre une congestion hépatique, un kyste hydatique suppuré et une pleurésie purulente enkystée, si une vomique abondante et l'évacuation du pus dans les garde-robes ne viennent témoigner de l'ouverture du foyer, d'une part dans les bronches, d'autre part dans l'intestin.

Quoi qu'il en soit, la détermination du siège de la tumeur pour l'intervention suivante trouvera ses précieux renseignements dans la ponction ou même l'incision exploratrice.

Presque toujours, dit Loison, la ponction est indispensable pour établir le diagnostic, et elle est sans danger. Mais ses temps opératoires ont besoin de l'exécution la plus soignée en leur absolue intégrité et leur pratique, d'une indication formelle, constituant la technique de l'auteur, fournit à ce dernier cette autre conclusion : « Dès que l'aspiration ramène du pus, le trocart est laissé en place et sert de conducteur à l'incision large qui est faite séance tenante, suivant les règles habituelles de la laparotomie ou de l'incision transpleurale. Il est évident qu'en pareil cas l'incision immédiate garantit contre l'effusion du pus dans la cavité de la plèvre ou du péritoine. »

Nous ajouterons toutefois que le décel de la présence du pus n'est pas fatalement justiciable des pratiques d'une ponction aspiratrice préalable, et c'est à dessein si, plus haut, nous parlions de l'incision exploratrice elle-même.

Il y a lieu de distinguer, en effet, entre les différents cas observés. Les signes évidents d'une collection hépa-

tique sont susceptibles d'une variété de manifestations aux localisations plus ou moins étendues, établissant les deux conditions suivantes : ou bien le foie paraît légèrement développé et sa masse plus arrondie, d'un volume régulier ; ou bien la lésion semble affecter les points en dehors de la glande, au contact plus immédiat de la paroi thoracique en ampliation et présentant ainsi une voussure marquée et même un simple élargissement des espaces intercostaux. Parfois, également, ce peut être une tuméfaction plus ou moins limitée de la portion du foie accessible à l'exploration par l'abdomen.

Dans ce dernier cas, en particulier, il vaut mieux recourir d'emblée à l'incision exploratrice abdominale ou transpleurale.

Le foie mis à nu, les ponctions multiples ou non ne s'exercent plus en lieu inconnu et nous permettent l'atteinte du foyer, prévenant ainsi l'hémorragie ou l'infection de la plèvre ou du péritoine.

Si, d'autre part, le foie est très volumineux avec la régularité d'une masse hypertrophiée en quelque sorte, sans bosselure ou tuméfaction isolée appréciable, c'est encore à l'incision exploratrice qu'il faudra recourir ; les fusées purulentes d'un foyer parfois même inaccessibles à l'incision exploratrice, à plus forte raison à la simple ponction, et dont le siège insoupçonné à la face inférieure du lobe gauche comme dans le cas de M. Josserand, opéré par M. Vallas, laisse le diagnostic en expectative et en suspens. D'ailleurs, nous savons en pareil cas, que la ponction est grave et mortelle ; aussi bien la laparotomie exploratrice, faite dans de bonnes conditions d'asepsie, n'est pas plus dangereuse et permet d'opposer à l'hémor-

ragie de la ponction secondaire, une thérapeutique efficace.

S'agit-il, au contraire, d'une augmentation de volume récente, où le diagnostic formulé de congestion hépatique très nette éveille les soupçons d'un point de suppuration, les causes d'infection hémorragique diminuent d'autant et la ponction pratiquée, sans urgence toutefois, est sans danger et mérite toute faveur. D'ailleurs son opportunité, selon Loison, peut enrayer à temps le processus suppuratif d'un foyer en voie d'évolution et de diffusion purulente, par aspiration d'une quantité de sang, 50 ou 100 grammes au plus en général, amenant une décongestion partielle favorable, une réduction de volume, l'atténuation ou même la disparition complète du point de côté si caractéristique, l'abaissement de la température et une amélioration de l'état général.

Tels sont les avantages et les indications de la ponction et de l'incision exploratrices; de cette façon nous pouvons, en plus de l'examen des signes physiques, préciser plus ou moins le siège de la tumeur à la convexité du foie.

Il faut alors immédiatement procéder à une large ouverture du foyer, et cela par une résection sous-périostée de la côte sus- ou sous-jacente à la ligne d'incision.

D'ailleurs la technique et le manuel opératoire peuvent se formuler de la façon suivante : incision de 12 à 15 centimètres sur le 9^e espace intercostal, plus ou moins distante de la ligne des apophyses épineuses, selon le lieu d'élection de la voussure observée ou de la matité étendue; mise à nu du plan costal, ponction exploratrice, aspiration d'un pus généralement épais, glutineux et rougeâtre.

C'est à ce moment alors qu'on fait la résection de la côte la mieux disposée et la plus favorable à l'évacuation du foyer; puis on attaque la paroi en traversant le périoste de la côte réséquée. En général, on tombe sur les adhérences d'une couche dure et fibreuse, constituée par la fusion intime des feuillets de la plèvre et du diaphragme et dont la section conduit dans la cavité purulente. Si, au contraire, les adhérences sont faibles ou nulles et l'effusion du pus probable et menaçante dans la cavité pleurale, il faut pratiquer la suture préventive de la plèvre costale à la plèvre diaphragmatique.

Voici d'ailleurs ces temps opératoires : résection de la côte, incision du feuillet costal de la plèvre, division avec le bistouri de la plèvre diaphragmatique et des quelques fibres musculaires sous-jacentes ; puis alors, retrait des bords de cette incision et, par un rapide surjet au catgut, réunion aux bords correspondants de l'incision de la plèvre costale. De cette façon, on peut avoir la certitude d'une protection de la cavité pleurale et d'un obstacle suffisant à toute effraction du pus. Si par hasard, après une large ouverture du foyer, comme dans l'une de nos observations où une vomique antérieure a déterminé une fistule hépatico-bronchique, l'air passe des bronches et siffle à l'orifice de cette fistule, il faut procéder doucement à sa recherche et le doigt obturateur, appuyé sur lui pendant tout le temps de l'opération, prévient ainsi les quintes de toux et l'anhélation provoque le passage de l'air.

L'expulsion du pus, son évacuation presque complète du foyer ouvert, une fois terminée, il faut nettoyer la cavité de ses petites collections isolées en dissémination irrégulière dans les diverticules légers plus ou moins anfrac-

tuels, par aspiration ou plutôt par imbibition de petites éponges montées sur de longues pinces, et cela dans l'hypothèse d'une communication de l'abcès avec les bronches. Si, au contraire, il n'y a pas de fistule, il faut avoir recours à un grand lavage de 5 à 6 litres d'un liquide antiseptique, d'eau naphtolée par exemple, et attendre quelques secondes si les parois n'offrent pas un léger suintement de sang en nappe, d'où l'indication d'un tamponnement avec de grosses éponges et des mèches de gaze salolée. Si, d'autre part, les lèvres de la plaie cutanée au saignement facile résistent à l'hémostase des premiers temps, après ligature des nombreuses artérioles pincées, on fait des attouchements au thermocautère, puis on établit en général deux gros drains courts dans la cavité avec pansement à la gaze iodoformée.

Tels sont le diagnostic et le traitement correspondants d'un abcès de la convexité hépatique.

OBSERVATION I

(Publiée dans les *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*).

Abcès de la partie postérieure du foie. — Pus stérile. — Résection de la 9^e côte. — Ouverture large de l'abcès. — Opération.

Esc... (Maria-Josépha), dix-huit ans, négresse. Entrée le 14 octobre 1893 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Hanot. Passée le 17 octobre en chirurgie, salle Cruveilhier, n° 21.

Originaire de Guayaquil, où elle a vécu jusqu'au mois de mai 1893, époque à laquelle elle est venue en France.

On ne trouve dans ses antécédents ni fièvre, ni dysenterie. Elle était sujette aux bronchites et a eu des hémoptysies.

A son arrivée en France, au mois de mai, elle était bien portante. Mais au mois de juin elle a été prise brusquement d'un violent point de côté à droite, sans frisson ni fièvre. Pas de troubles digestifs, pas de vomissements ni de diarrhée.

Ce point de côté a persisté avec des périodes d'exacerbation, mais sans s'accompagner d'autres troubles qu'un amaigrissement peu accentué avec perte d'appétit.

Elle entre, le 14 octobre, dans le service de M. Hanot qui constate une voussure du côté droit au point douloureux et de la fièvre (38°5 dans l'aisselle). M. Hanot porte le diagnostic de kyste hydatique suppuré ou d'abcès du foie, pratique une ponction exploratrice qui donne du pus et fait passer la malade en chirurgie, le 17 octobre.

État actuel. — La douleur n'est pas très violente en ce moment. La température est toujours élevée.

La malade tousse, l'expectoration est assez abondante, un peu striée de sang; pas de vomique. On constate, au sommet gauche, des signes de tuberculose au premier degré.

Une voussure très accentuée déforme la région postéro-externe du thorax à droite. Le sommet de cette voussure correspond sur la ligne axillaire postérieure à la neuvième côte, et aux deux espaces qui la bordent et sont très notablement élargis. A ce niveau, la pression est très doulou-

reuse et on constate une rénitence qui indique la présence d'un volumineux foyer profond.

La matité remonte en arrière jusqu'à 2 centimètres de l'angle de l'omoplate, sur la ligne axillaire antérieure jusqu'à la cinquième côte. En avant, le foie débordé à peine les fausses côtes et la pression n'est pas douloureuse à ce niveau.

Le murmure vésiculaire est affaibli mais non supprimé dans toute la région de la base du thorax; il n'y a pas de frottements pleuraux.

Opération le 18 octobre. — Chloroformisation. Incision de 15 centimètres sur la 9^e côte, au point le plus saillant de la voussure. Pincement de huit artérioles donnant du sang très clair, rosé, très fluide.

Résection sous-périostée de la côte; en dégageant à la rugine le bord supérieur de la côte, déchirure de la poche qui bombe dans le 8^e espace. Incision large de l'espace, évacuation d'environ 500 grammes de pus épais, glutineux, strié de traînées rouges. La résection de la côte est alors achevée.

Lavage de la cavité de l'abcès avec 5 litres d'eau naph-tolée. La cavité est grande, régulière, à parois tomenteuses, sans diverticules. On constate, avec le doigt introduit dans le foyer, que la cavité remonte en arrière jusqu'au 6^e espace intercostal. Attouchement au thermocautère des lèvres de la plaie cutanée pour arrêter l'écoulement sanguin en nappe qui continue après la ligature des artérioles pincées. L'hémostase assurée, deux gros drains courts sont placés dans la cavité. Pansement à la gaze iodoformée.

19 octobre. — La température est tombée à 37°5. Disparition de la douleur. Excellent état général.

Pansement. — La cavité a déjà diminué de près de moitié; elle n'a plus que 7 centimètres de profondeur.

Les jours suivants, la température reste normale, l'appétit revient et la malade reprend rapidement ses forces.

Le pansement est fait d'abord tous les jours, puis tous les deux jours. Aux premiers pansements, lavages l'eau naphtolée.

Le 10 novembre suppression des drains.

La plaie se comble rapidement.

Le 20 novembre, l'orifice des drains est complètement cicatrisé. La malade quitte l'hôpital à la fin de novembre. Elle a été revue à la fin de décembre, son état général était excellent; elle avait repris son embonpoint; la cicatrice était solide et indolore.

L'examen bactériologique du pus pratiqué par M. Macaigne, chef du laboratoire du service, est resté absolument négatif.

Il résulterait des observations qui ont été présentées dernièrement à la Société de chirurgie de Paris que l'incision et la résection costale seraient la conduite qu'il faudrait tenir presque dans tous les cas. Tel n'est pas l'avis de M. le Dr Jaboulay qui, chez tous ses opérés d'abcès du foie, ne s'est jamais servi que de l'incision, sans résection de côte. Avec lui, nous ne contestons pas que, dans certains cas, cette résection ne soit nécessaire, mais nous pensons aussi qu'une incision transpleurale aurait pu suffire chez beaucoup d'opérés, à condition d'introduire le doigt dans la cavité purulente afin de pouvoir évacuer

facilement le pus à l'aide d'un bon drainage ; d'ailleurs, M. Jaboulay a bien voulu nous communiquer quelques observations sur des abcès qui offraient à peu près les mêmes symptômes que ceux décrits par Walther et dont le siège était identique. La même pratique a été suivie dans tous les cas et les malades sont sortis du service complètement guéris. Nous donnons en détail la première observation ; elle est d'un malade que nous avons pu suivre nous-même :

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le professeur Bondet et de M. le Dr Jaboulay, chirurgien des hôpitaux.)

François T..., trente ans, cultivateur. Sans antécédent de famille important.

Le malade a eu une excellente santé jusqu'à son service militaire, en 1893. Il fut envoyé au Tonkin où il eut la fièvre typhoïde et de l'impaludisme.

Ni alcoolisme, ni syphilis.

Il est rentré en France en 1896 et s'est bien porté jusqu'à l'affection actuelle, qui a débuté le 22 avril 1898. A ce moment, il entre à l'hôpital.

Le début s'est fait par des douleurs vives au creux épigastrique et au niveau de la fosse iliaque droite. Le malade n'a pas eu de frissons ni de douleurs musculaires, ni de vomissements, ni d'épistaxis.

Le 29 avril, il se plaint de douleurs lancinantes siégeant au niveau du rebord costal droit et allant jusqu'à

la région lombaire en arrière. Cette douleur est réveillée par les mouvements respiratoires et exagérée par les efforts de toux.

La langue du malade est saburrale ; il n'est pas allé à la selle depuis quatre jours ; l'appétit manque. On ne trouve du côté de l'abdomen ni ballonnement, ni taches rosées, ni douleurs dans la fosse iliaque. La pression au niveau de la partie douloureuse et surtout entre la crête iliaque et le rebord costal provoque une sorte de crépitation que l'on ne retrouve nulle part ailleurs et une douleur assez vive. La percussion sur la région hépatique dénote que la matité ne dépasse pas les fausses côtes, mais la percussion sur toute cette région est douloureuse.

Deux jours après son entrée, le malade dit avoir eu une douleur à l'épaule droite, il en a souffert pendant cinq jours.

Il n'y a qu'une légère teinte subictérique aux conjonctives et à la peau.

Le mensuration du thorax ne dénote pas d'ampliation au profit d'un des côtés. On note à la base droite la conservation des vibrations, l'existence du murmure vésiculaire jusqu'à l'extrême base, l'absence de souffle de pectoriloquie aphone ou de tout autre signe de pleurésie.

Rien au cœur. $T = 38^{\circ}6$.

Le 6 mai, urines 800 grammes par vingt-quatre heures.

Urée 8 grammes pour 1000.

La palpation du foie est toujours douloureuse.

Le 9 mai, urines 2 litres, 16 grammes d'urée pour 1000. Albumine douteuse beaucoup d'indica.

La mensuration au niveau de la région hépatique ne donne pas de différence entre les deux moitiés du thorax.

Le 12 mai, une ponction faite sur une ligne passant par le bord axillaire de l'omoplate dans le 10^e espace intercostal ramène du pus légèrement coloré en vert.

Le 13 mai, pas de différence entre les dimensions des deux moitiés thoraciques. Il n'y a absolument rien du côté de la plèvre. La matité hépatique a augmenté d'1 cm. 50 à 2 centimètres.

Diagnostic : abcès du foie.

Le 14 mai, ce malade est opéré par M. Jaboulay qui lui fait une incision transpleurale à travers le 9^e espace intercostal. Après l'ouverture de la plèvre il se produit un pneumothorax ; puis il incise le diaphragme et attire les lèvres de la plaie diaphragmatique ; à ce moment, le foie s'effondre et fait découvrir un vaste abcès situé à la partie supérieure en haut et en avant, le pus s'écoule, on fait un drainage, le malade est pansé tous les deux jours, peu à peu le liquide diminue, les lèvres de l'incision se cicatrisent et le malade sort complètement guéri au bout de deux mois.

L'examen bactériologique a montré dans le pus la présence du staphylocoque.

Une autre fois il s'agissait, chez un homme de vingt-cinq ans, qui avait été militaire au Soudan, d'un abcès de la convexité du foie à la partie postéro-supérieure ; le diagnostic était très délicat et on hésitait entre un abcès et une pleurésie enkystée ; l'examen histologique prouva qu'il s'agissait bien d'un abcès du foie ; le malade fut opéré en septembre 1893 et revu un an après complètement guéri : une incision transpleurale avait suffi pour donner issue au pus.

Chez un autre, âgé de trente ans, qui venait d'être soigné pour une fièvre typhoïde, un vaste abcès s'était développé à la partie supérieure du foie, faisant à droite une voussure considérable du thorax, comme s'il se fût agi d'une pleurésie purulente. Le foie n'était pas abaissé et la respiration ne modifiait en rien la matité; la paroi offrait un œdème en avant vers la 7^e côte. M. Jaboulay fit une incision à cet endroit; les feuillets de la plèvre étaient fusionnés, le foie adhérent à la paroi. Il s'écoula un pus brun rougeâtre dont la cavité était limitée par une paroi très friable. Le diagnostic, comme dans le cas précédent, était incertain; on avait pensé à une pleurésie purulente: l'examen histologique confirma le diagnostic d'abcès du foie.

Voilà donc bien des observations qui prouvent que l'incision transpleurale est à elle seule suffisante; il ne faudrait pas croire par là que nous jugeons la résection de côté inutile; au contraire, nous pensons qu'elle est nécessaire dans certains cas: mais il faut l'admettre avec restriction.

Toutefois, malgré les nombreuses observations témoignant à ce niveau du siège de prédilection des collections suppurées, il faut envisager également les cas où le foyer suppuratif peut occuper la face inférieure ou paraît l'occuper, bien qu'il siège à la convexité; et où le traitement est naturellement subordonné au diagnostic.

En général, les antécédents du malade, toutes productions et causes étiologiques d'une tumeur hépatique nous mettent sur la voie du diagnostic, et là, la symptomatologie est moins complexe que pour la convexité où les signes

communs éveillent les soupçons d'une lésion pleurale ou pulmonaire. La tuméfaction, en effet, est due soit à une affection à distance, comme dont l'observation ci-après, constituant l'abcès métastatique dont les plaies de la tête en particulier ont le privilège, soit à une dysenterie primitive, à intermittence de débâcle intestinale ou d'une constance rebelle à toute thérapeutique.

Il est inutile de reprendre l'étude des signes généraux et fonctionnels sur lesquels nous nous sommes suffisamment étendu pour les abcès de la convexité ; le tableau symptomatique est le même : faiblesse extrême, amaigrissement, cachexie progressive, prostration absolue au jour de l'abcès constitué, voix éteinte, facies pâle et terreux, respiration rapide et superficielle, température, etc...

Quant aux signes physiques, ils appellent immédiatement l'attention du côté de l'abdomen par l'examen d'une tuméfaction parfois considérable, siégeant en général dans l'hypocondre droit et l'épigastre. Le bord antérieur du foie déborde ordinairement les fausses côtes de quatre à cinq travers de doigt. Le bord inférieur du thorax est soulevé par une voussure très saillante au niveau des dernières côtes ; les espaces intercostaux sont très élargis et l'exploration décèle la présence d'une fluctuation très nette quoique profonde. Parfois la tumeur est double et ses deux voussures observées, l'une en général contre la ligne médiane, l'autre au-dessous du rebord central du flanc droit, sont susceptibles de réplétion et de déplétion alternatives par pression exercée sur chacune d'elles, indiquant ainsi l'existence d'un orifice profond de communication des deux poches inégalement distendues.

La tuméfaction peut ainsi affecter un point plus spécial

de la face inférieure et venir bomber à la région lombaire simulant à s'y méprendre une collection sous-hépatique, une collection rénale ou périrénale ; et cela d'une façon d'autant plus frappante que parfois le côlon transverse non refoulé est facilement reconnaissable à sa zone de sonorité normale entre le foie et la tumeur. Le diagnostic est souvent d'autant plus obscur que l'étiologie souvent tend à faire admettre une volumineuse pyélo-néphrite suppurée (voy. obs. ci-après). Et à ce sujet, on ne saurait trop recommander une minutieuse exploration de la région lombaire et de l'abdomen, s'attachant ainsi à une délimitation exacte des rapports étendus de la tumeur. Et si de violentes douleurs provoquées à la palpation s'opposent à de telles manœuvres, il faut avoir soin, au moment de l'intervention, de renouveler son examen après anesthésie et résolution musculaire. On pourra constater alors plus facilement par le relâchement des muscles abdominaux, un abcès fluctuant, remontant plus en avant et en haut que le fait d'ordinaire le rein distendu par une collection purulente.

Tels sont les signes de l'hépatite suppurée à la face inférieure de la glande ; toutefois, il ne faudrait pas s'y méprendre et rejeter exclusivement et d'emblée l'existence d'un abcès à la convexité, à la constatation d'un tel cortège symptomatique. L'une de nos observations à ce sujet est typique, l'examen même rapide et qu'on ne pouvait prolonger à cause de l'état de faiblesse du malade et des douleurs intolérables représentant la présence d'un foie volumineux, arrondi, susceptible toutefois d'une saillie accusée au bord inférieur postéro-externe du thorax et dont la forme et l'inclinaison appelaient immédia-

tement le diagnostic d'un foyer de la convexité. Aussi bien ne faut-il pas présumer du siège de l'abcès avec les signes précédemment décrits ; disons seulement qu'ils sont plus spéciaux à ceux de la face inférieure.

Dans ces conditions, alors, c'est à la laparotomie qu'il faut avoir recours, rappelant la méthode de Stromeyer-Little, mais avec des modifications essentielles. Celui-ci, en effet, préconisait l'ouverture immédiate du foyer en un seul temps par section d'emblée des plans musculaires et aponévrotiques séparatifs de l'abcès de l'extérieur. Il prétendait que cette large issue préparée était la voie toute naturelle et favorable à l'évacuation et qu'elle était, par là-même, une suffisante garantie à l'effusion du pus dans le péritoine, susceptible de légères adhérences, constituant ainsi l'obstacle préposé à l'infection secondaire. Mais une telle proposition est erronée et les cas sont nombreux où, avec de tels procédés, le malade ne tardait pas à succomber à une péritonite partielle ou généralisée. Il est donc de toute nécessité de prendre toutes les précautions pour éviter l'infection secondaire du péritoine ; il ne faut pas craindre les larges incisions de la paroi permettant une action facile et rapide, et si même l'abcès affleure le rebord des côtes constituant une gêne ou un obstacle à la prompte évacuation du pus, rien n'est plus facile que la résection d'un ou de deux cartilages costaux selon la méthode préconisée par Lannelongue pour l'évacuation des collections sous-phréniques.

D'ailleurs, suivant la remarque de Walther, cette résection peut être faite rapidement et ne paraît pas compliquer beaucoup l'opération. En tout cas, ajoute-t-il, elle donne un accès facile et large sur la face convexe et permet

par suite d'abrèger les derniers temps de l'opération. C'est cette constante préoccupation de l'infection secondaire de la cavité abdominale qui indique une légère modification des temps opératoires quand la protection du péritoine semble difficile à cause de la situation du foyer.

Après l'incision de la paroi, en effet, il faut procéder à l'évacuation de la poche à l'aspirateur, à son lavage aussi complet que possible par plusieurs injections d'eau bouillie ou d'un liquide antiseptique en solution faible, suivies immédiatement d'aspiration, jusqu'à ce que le liquide du lavage ressorte absolument clair. Walther, d'ailleurs, insiste sur ce temps préliminaire, et dans un cas présenté à la Société de Chirurgie et nous servant de sujet d'étude, il n'eut qu'à se féliciter, dit-il, d'une telle manœuvre eu égard à la virulence du pus contenant du streptocoque et du colibacille.

Quoi qu'il en soit, l'intervention se termine toujours par l'ouverture du foyer, la suture de ses bords aux bords de l'incision pariétale, et enfin par un grand lavage. Ce dernier a l'avantage de bien déterger les parois de l'abcès du pus visqueux, glutineux, qui reste adhérent à leur surface, et surtout de ne pas faire saigner ces parois comme le font les nettoyages avec le tampon et à plus forte raison le curetage.

Telles sont les indications des temps opératoires de la méthode de Stromeyer-Little essentiellement modifiée; et, pour être plus complet, rappelons que l'abcès sujet de bomber à la région lombaire et de la déformer appelle l'intervention à ce niveau avec les mêmes incisions de la néphrotomie comme si l'on allait à la recherche d'une

collection périrénale pour laquelle, d'ailleurs, les indications et le manuel opératoire sont les mêmes.

Inutile d'ajouter que, quels que soient les cas observés, la même conduite s'impose au diagnostic formulé de l'abcès : c'est la prompte et large ouverture du foyer en se rappelant que les résultats sont d'autant plus favorables que l'opération a été plus précoce. Et si, par hasard, l'intervention hâtive est impossible, il faut toujours la tenter à un moment quelconque dans les meilleures conditions par incision large et « en suivant absolument les règles aujourd'hui classiques de l'ouverture des abcès profonds de la cavité abdominale. »

OBSERVATION III

(Publiée dans les *Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris.*)

Calculs biliaires. — Abcès du foie indépendant de toute infection des voies biliaires. — Cholécystotomie. — Cathétérisme du canal cholédoque. — Suture de la vésicule. — Ouverture et drainage de l'abcès du foie. — Guérison.

M... (Marie), cinquante-quatre ans, ménagère, entrée le 6 septembre 1893 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Tapret, suppléé par mon ami M. Galliard. Passe en chirurgie, salle Cruveilhier, n° 22, le 18 septembre, dans l'après-midi.

Examen le 19 septembre, à la visite.

Antécédents. — Bonne santé habituelle jusqu'à l'âge

de trente-neuf ans. A eu deux enfants, le premier a vingt-quatre ans, le second un an plus tard.

Il y a quinze ans, pleurésie et péricardite. Jamais de rhumatisme.

Dix-huit mois plus tard, coliques hépatiques avec ictère, vomissements bilieux. Ces attaques de coliques se sont répétées à plusieurs reprises, presque toutes avec ictère.

Il y a deux ans, cystite très douloureuse avec mictions très fréquentes, urines purulentes, pour laquelle la malade a été soignée à l'hôpital Tenon. La cystite a été traitée et guérie au bout d'un mois environ par les lavages de la vessie. Mais, presque dès le début, la malade a ressenti une douleur dans la région lombaire droite et sur le trajet de l'uretère, douleur qui a toujours persisté depuis, avec des périodes irrégulières d'exacerbation.

Depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, on a constaté un état infectieux grave dû à la formation d'un foyer caractérisé par l'augmentation rapide d'une tuméfaction profonde occupant la fosse lombaire et le flanc droit. La température oscille toujours entre 38 degrés le matin et 39 à 40 degrés le soir.

Etat actuel. — Amaigrissement prononcé, facies fatigué, mais pas cachectique ; septicémie grave.

La malade accuse surtout une douleur intense dans tout l'hypocondre, le flanc droit et la région lombaire. Le maximum de la douleur spontanée est à la région lombaire ; c'est de là que partent les élancements qui s'irradient en avant, en haut et en bas.

La région lombaire droite est déformée par une vous-

sure très nette, surtout appréciable lorsque la malade est assise.

A la palpation, on constate d'abord l'existence au niveau de la vésicule biliaire d'une tumeur du volume d'un œuf, d'une dureté de pierre, bosselée, irrégulière, peu mobile sous la paroi, mais suivant un peu toutefois, pendant l'inspiration, l'abaissement du diaphragme. Cette tumeur est absolument limitée, isolée, indépendante de la volumineuse tumeur profonde. Celle-ci est difficile à sentir nettement par la palpation abdominale seule. Mais l'exploration bimanuelle, une main placée en arrière dans le creux costo-iliaque et l'autre en avant, sous le bord du foie, permet de limiter la tumeur, ou du moins de sentir une masse régulière, arrondie, tendue, et qui donne une sensation de fluctuation très obscure, très difficile à percevoir, mais suffisante cependant pour permettre d'affirmer la présence d'une collection liquide profonde. La tumeur paraît située sous la partie postérieure de la face inférieure du foie, car le bord antérieur du foie déborde à peine les cartilages costaux et au-dessous une zone de sonorité très nette accuse la présence du côlon entre le bord du foie et la tumeur.

Enfin la palpation bimanuelle lombo-abdominale permet de déplacer un peu la tumeur, et d'obtenir assez facilement le signe du ballottement rénal.

Je dois ajouter qu'à aucun moment de l'évolution de l'affection actuelle, la malade n'a eu d'ictère ni de vomissements.

Les urines sont très troubles et albumineuses.

Dans ces conditions, l'état général, l'élévation de la température, la formation récente de la tumeur dont le

volume s'accroît rapidement, comme l'a constaté M. Gaillard depuis l'entrée de la malade dans son service, permettent d'affirmer qu'il s'agit bien d'une collection purulente.

Mais les signes fournis par l'exploration sont-ils suffisants pour indiquer d'une façon précise le siège de cet abcès ? J'insiste sur ce point, parce que, dès le début, ce diagnostic a été très obscur. M. Gaillard constatant l'existence de la tumeur très vraisemblablement constituée par la vésicule biliaire, a pensé à une cholécystite ancienne, calculuse, avec infection biliaire et abcès du foie indépendant.

Mais d'autre part, la tumeur aujourd'hui volumineuse vient faire saillie en arrière, déforme la région lombaire, occupe toute la fosse lombaire, présente là une certaine mobilité au point de donner la sensation du ballottement rénal, et de plus cette tumeur profonde est séparée du bord antérieur du foie par une zone de sonorité correspondant au côlon transverse. Ces signes nettement constatés à un examen minutieux, me font penser plutôt à une volumineuse pyélonéphrite suppurée, dont l'étiologie du reste est fournie par les antécédents, très explicitement fournis par la malade, de cystite purulente et d'urétéro-pyéélite ascendante.

Quoi qu'il en soit, l'état général mauvais, les accidents infectieux graves indiquent une intervention rapide et l'opération est faite d'urgence le matin même.

Opération. — La malade est endormie après désinfection complète, non seulement de la région lombaire, mais de toute la paroi abdominale antérieure.

Dès qu'elle est en résolution, j'explore de nouveau avec

soin l'abdomen et la région lombaire ; la tumeur est encore plus nettement accessible et la fluctuation plus facile à percevoir ; la main placée à plat sous la région lombaire, sent la partie postérieure arrondie et fluctuante de la tumeur ; mais cette exploration, rendue plus facile par le relâchement des muscles abdominaux, permet de constater que la tumeur siège haut, monte plus en avant et en haut que le fait d'ordinaire le rein distendu par une collection purulente. C'est là le seul point qui laisse un doute dans le diagnostic. Je conviens donc avec mon ami M. Galliard, qui assiste à l'opération, de procéder de la façon suivante : 1° faire l'incision de néphrotomie et explorer le rein ; 2° si la collection ne siège pas dans le rein, mais dans la cavité abdominale, refermer l'incision postérieure et faire la laparotomie.

1° *Exploration du rein.* — Incision de néphrotomie ; chemin faisant, sept ou huit pinces sont placées sur des artères des couches musculaires. Mise à découvert de la face postérieure du rein. Le rein est un peu gros, mais sa coloration est normale, sa consistance souple et la collection ne siège évidemment pas dans sa cavité. En glissant les doigts sur la face externe du rein, j'arrive au-devant de l'organe et, là, je sens nettement la tumeur refoulée par une main placée à plat sur la partie abdominale antérieure ; la fluctuation est nette, bien que la poche semble très tendue. La tumeur refoule le rein, mais elle ne semble pas adhérer au péritoine prérénal, car le doigt fait facilement glisser les couches qui le séparent de la surface de la tumeur et celle-ci semble suivre les mouvements du diaphragme. Elle siège donc bien sous la face inférieure du lobe droit du foie.

Toutes les artères saisies par les pinces sont liées, et l'hémostase étant absolue, je fais la suture en trois plans de la paroi abdominale postérieure (muscles, aponévrose, peau), avec de la soie. Un pansement collodionné comprenant une mince couche de coton hydrophile stérilisé est immédiatement appliqué sur les sutures pour les protéger contre toute inoculation.

2° *Laparotomie*. — Bien que la tumeur profonde semble absolument indépendante de la tumeur qui siège en avant au niveau de la vésicule biliaire, je tiens avant toute autre exploration, à m'assurer de l'état de la vésicule biliaire, à faire la cholécystotomie s'il y a lieu. La paroi abdominale est donc incisée sur une hauteur de 10 centimètres environ, au niveau même de la tumeur, le long du bord externe du muscle grand droit.

La vésicule biliaire est volumineuse, tendue, sans adhérences périphériques. Elle offre, avec une remarquable netteté, l'aspect caractéristique des lésions calculeuses. La paroi, sèche, mince comme une pelure d'oignon, blanchâtre, est tendue sur la masse calculeuse facilement appréciable au toucher et presque visible sous cette mince enveloppe.

On constate de plus que le lobe droit du foie est gros, et sur la face convexe, à deux travers de doigt à droite de la vésicule, on sent une tuméfaction résistante et qui donne au doigt une vague sensation de fluctuation profonde dans une poche très distendue.

La marche à suivre est donc maintenant bien indiquée : 1° faire la cholécystotomie ; 2° ponctionner, puis ouvrir largement l'abcès du foie, car la tumeur liquide occupe bien évidemment le lobe droit du foie tout entier.

A. — La cavité péritonéale étant bien protégée par de petites éponges montées, je fais, sur le fond de la vésicule, une incision de 3 cm. 50 environ. La paroi, d'une minceur extrême, comme l'indiquait son aspect, est intimement collée, adhérente aux calculs ; ceux-ci se présentent en un bloc compact formé de calculs accolés par leurs facettes. En soulevant très doucement avec une pince les lèvres de l'incision, je décolle peu à peu la paroi de la surface des premiers calculs ; les cinq ou six premiers ainsi énucléés, il devient facile avec des pinces et la curette, de vider complètement la vésicule. Cette évacuation est faite lentement et les calculs périphériques, toujours adhérents à la paroi, sont détachés avec beaucoup de ménagements à cause de la minceur et de la friabilité de la poche.

Le nombre des calculs enlevés est de 45. Ils ont la forme et l'aspect habituels des calculs biliaires à facettes. Les plus volumineux atteignent à peine la grosseur d'une noisette.

La vésicule ne contenait pas une goutte de liquide, ni pus, ni boue biliaire. Dès qu'elle est complètement débarrassée de ses calculs, elle revient sur elle-même ; la paroi si mince et si tendue tout à l'heure reprend son épaisseur et sa vascularisation normales.

La cavité de la vésicule est bien nettoyée avec une petite éponge montée, et je cherche alors à me rendre compte de l'état des voies biliaires, du canal cystique surtout.

Le cathétérisme est pratiqué avec une bougie de gomme n° 8 de la filière Charrière, bien aseptique. La bougie s'engage facilement dans le col de la vésicule et le canal

cystique, puis, dans le canal cholédoque qu'elle parcourt dans toute sa hauteur sans rencontrer aucun obstacle.

Les voies biliaires étant absolument libres, la vésicule ne présentant aucune trace d'infection, il est nettement indiqué de la refermer, de faire une « cholécystotomie idéale ».

Mais l'incision de l'abcès du foie devra être placée à deux travers de doigt à peine à droite de la vésicule, et il sera impossible de suturer solidement le foie à la paroi de ce niveau. Je me sers donc de la vésicule elle-même pour fermer à gauche la cavité péritonéale. Trois points de suture en U, à la soie, unissent la paroi gauche de la vésicule à la lèvre gauche de l'incision abdominale, la suture ne comprenant que les couches profondes de cette paroi abdominale (péritoine et aponévrose profonde). Puis, l'incision de la vésicule est elle-même suturée à la soie plate.

B. — Avant de ponctionner le foyer, il est nécessaire de le rendre bien accessible, et, comme la tuméfaction occupe la face convexe du foie, qui déborde à peine les cartilages costaux, je résèque, après l'avoir disséqué de très près, le cartilage de la 10^e côte et celui de la 9^e, sur une longueur de 6 centimètres environ. Il est alors possible, en écartant bien la lèvre droite de l'incision abdominale, de bien atteindre la tumeur qui est nettement limitée sur la face convexe.

Une suture en U, à la soie, est encore placée sur la lèvre gauche de l'incision abdominale, passant en plein tissu hépatique, de sorte qu'à gauche, la cavité péritonéale est absolument fermée, en bas par la suture de la vésicule à la paroi, en haut par la suture du foie lui-même.

Des éponges montées sont glissées sur la lèvre droite de l'incision, entre la paroi et le foie et dans l'angle inférieur de la plaie contre le bord tranchant du foie.

Ponction du foie avec l'aspirateur Dieulafoy, à deux travers de doigt à droite de la vésicule biliaire, au point le plus saillant et le plus tendu. Dès que l'aiguille a pénétré dans le tissu hépatique, le robinet du tube est ouvert de façon à ce que le pus soit aspiré dès que la pointe de l'aiguille aura atteint le foyer. L'aiguille est enfoncée lentement, progressivement, directement d'avant en arrière ; à 5 centimètres de profondeur, quelques gouttes de pus arrivent dans l'aspirateur ; mais ce pus est épais, glutineux, et l'aiguille trop fine pour évacuer rapidement la poche ; elle est immédiatement retirée et remplacée par le plus gros trocart. L'aspiration est facilement continuée et 150 grammes de pus sont retirés ; la poche paraît alors complètement évacuée. Pour éviter, autant que possible, l'inoculation du péritoine au moment de l'incision, je fais, avec l'aspirateur, un lavage de la poche avec une solution de sublimé au 2000^e, qui est retirée au fur et à mesure ; le liquide sort à peu près clair après deux ou trois lavages.

Comme il faut traverser une couche de tissu hépatique de 5 centimètres d'épaisseur, l'incision est faite au thermocautère chauffé au rouge sombre ; le couteau est enfoncé contre le trocart laissé en place comme guide. La poche est ouverte verticalement sur une hauteur de 5 centimètres environ. Les bords de l'incision hépatique sont saisis avec de larges pinces à kyste et soutenus par un aide.

Le doigt est alors introduit dans la poche et, au fond de celle-ci, constate l'existence d'un orifice qui donne accès

dans une seconde cavité; dès que cet orifice est franchi, il s'écoule encore 200 grammes de pus environ. Cette seconde poche est située en bas et en arrière et constituait la tumeur saillante à la face inférieure du lobe droit que l'on sentait si nettement à la région lombaire.

L'orifice de communication des deux poches est agrandi avec le doigt, le foyer est largement lavé à l'eau naphtolée.

Après une toilette soigneuse des bords de la plaie et du péritoine voisin, le foie est suturé par quatre points en U à la soie plate n° 4, à la lèvre droite de l'incision abdominale et à l'angle inférieur.

Deux gros drains sont placés au fond de la cavité et entourés d'un tamponnement à la gaze iodoformée. Pansement iodoformé ouaté.

L'opération a duré une heure et quart.

L'examen bactériologique du pus a été fait par M. Maçaigne, qui a trouvé : des *streptocoques* en grande quantité, un peu de *bacterium coli* et enfin un *long filament* qui n'a pu être cultivé et dont la nature est indéterminée.

Les suites de l'opération ont été très simples.

Malgré l'état septicémique grave qui semblait imposer un pronostic très réservé, l'amélioration fut rapide. La température baissa dès le lendemain de l'intervention (37°6). A partir de ce moment, elle oscilla pendant quatre jours entre 37 et 37°6, puis resta absolument normale.

La disparition de la douleur avait été immédiate et les forces se relevèrent assez vite.

Localement, l'état de la plaie opératoire fut toujours excellent; la poche hépatique se combla avec une très

grande rapidité. La réparation de la plaie superficielle fut plus longue ; il y avait là un large orifice à combler.

Voici du reste quelques détails sur l'observation après l'intervention.

Le 20 septembre, lendemain de l'opération, état général meilleur, température hier soir : 38°8, ce matin 38°2. La malade ne souffre plus, éprouve un grand soulagement. On refait le pansement qui est traversé.

La plaie est en très bon état. J'enlève seulement le pansement iodoformé superficiel, sans toucher aux tubes ni aux mèches qui plongent dans la poche. Le soir, température : 37°6.

Le 21 septembre, température 37°6. La malade a eu hier un peu d'agitation ; ce matin, elle est encore excitée, parle beaucoup, se plaint d'une saveur désagréable, odeur alliée de l'haleine. L'agitation paraît donc bien due à un peu d'intoxication iodoformique. J'enlève les mèches de gaze iodoformée et je fais un large lavage de la poche à l'eau naphtolée pour enlever toute trace d'iodoforme. La poche bien nettoyée, je ne laisse que les deux drains sans mèches de gaze. Pansement à la gaze salolée.

Le soir, température : 37°8.

Le 22 septembre, température, 37 degrés. Très bon état général, mais langue un peu chargée. Purgatif 50 centigrammes de calomel.

Pansement. La cavité se comble avec une étonnante rapidité. Elle n'admet plus que le doigt et le doigt touche le fond de la poche. Les drains ont été repoussés par le fond. Je supprime un drain. Je laisse un drain court.

Les jours suivants, pansement quotidien au salol ; puis pansement tous les deux jours. Pendant une vingtaine de

jours, écoulement de bile peu abondant, mais suffisant pour tacher le pansement.

Le 29 septembre, ablation des sutures de la plaie lombaire. Réunion complète, sauf en un point où un peu de sang a désuni la ligne de suture. Pansement occlusif au stérésol ; réunion rapide du point de suture désuni.

La cavité hépatique n'a plus que 5 centimètres de profondeur. La plaie superficielle bourgeonne bien autour de l'orifice hépatique. Les sutures de la vésicule à la paroi sont complètement recouvertes par les bourgeons. Ablation des fils de fixation du foie à la paroi.

A partir de ce moment, la plaie superficielle se rétrécit progressivement ; le petit trajet fistuleux hépatique se comble peu à peu, mais plus lentement qu'au début. La plaie reste toujours bien aseptique.

La malade se lève au commencement d'octobre ; les forces reviennent, l'appétit est bon, la malade commence à reprendre un peu d'embonpoint.

A la fin d'octobre, la perte de substance de la paroi n'a plus que la largeur d'une pièce de 2 francs et la réparation se fait toujours lentement. Dans le courant de novembre, comme la cicatrisation n'avance plus, on cherche au milieu des bourgeons les fils de suture de la vésicule à la paroi, et tous ces fils sont enlevés successivement.

A partir de ce moment, la réparation se fait plus vite, la malade reste encore à l'hôpital pour achever de recouvrer ses forces et elle sort à la fin de décembre, complètement guérie, avec une bonne cicatrice solide, non douloureuse.

En somme, bien que j'aie été forcé de laisser exposées

les sutures de la cholécystotomie, celles-ci se sont rapidement recouvertes de bourgeons et, si plus tard il a fallu rechercher et enlever ces fils qui retardaient la cicatrisation, jamais il n'y a eu de désunion de l'incision de la vésicule, jamais la moindre trace d'écoulement de bile par la vésicule, malgré la perméabilité constatée au cours de l'opération du canal cystique.

Il convient d'ajouter que l'albuminurie constatée avant l'opération était nettement d'origine infectieuse ; elle disparut rapidement après l'intervention. Cependant la malade se plaignit encore à plusieurs reprises de quelques douleurs vésicales.

OBSERVATION IV

(Publiée dans les *Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris.*)

Abcès du foie dû à une infection par le streptocoque après une plaie d'un doigt. — Incision. — Guérison.

G... (Claude), âgé de soixante et un ans, boucher, entré le 13 juin 1894 à l'hôpital Tenon, salle Seymcur.

Pas d'antécédents héréditaires.

Bonne santé habituelle. Jamais d'autre maladie qu'une sciaticque à l'âge de vingt-cinq ans, à la suite de la campagne d'Italie. Hospitalisé alors au Val-de-Grâce, il y resta six semaines et sortit guéri.

Il y a trois mois, le malade s'est fait, avec son couteau de boucher, une plaie à la face dorsale de l'auriculaire gauche, au niveau de l'articulation de la première avec la

deuxième phalange. Cette blessure en apparence insignifiante, ne l'inquiéta point, et il continua son travail. Au bout de huit jours, la douleur et la gêne fonctionnelle l'obligèrent à consulter un médecin, qui lui prescrivit des lavage au sublimé et un pansement quotidien à l'iodoforme. Ce traitement, longtemps continué, ne donna aucun résultat; l'impotence fonctionnelle alla en augmentant, la flexion du doigt devint impossible, la tuméfaction s'accrut et un écoulement de pus permanent s'établit par la plaie non cicatrisée.

Jamais aucun signe de lymphangite, jamais d'abcès de la main.

Peu à peu, le malade perdit ses forces et s'amaigrit, ce qu'il attribue à l'inquiétude que lui donnait l'état de son doigt et en même temps à des préoccupations dues à des pertes d'argent.

Enfin, il y a un mois, éclate assez brusquement une crise de douleurs qui est qualifiée de coliques hépatiques par le médecin que fait appeler le malade. Cette crise, qui a duré trois jours, est survenue dix heures après le repas, ne s'est accompagnée d'aucune irradiation douloureuse du côté de l'épaule ou de l'omoplate; elle n'a pas provoqué d'ictère, malgré sa longue durée. On n'a pas recherché la présence de calculs dans les matières fécales.

Cette crise douloureuse, qui ne paraît pas nettement devoir être rapportée à la lithiase biliaire, ne saurait être non plus attribuée à la lithiase rénale. Il n'y eut aucun trouble de la miction et les urines ont toujours présenté des caractères normaux.

Huit jours après cette crise douloureuse unique, la région de l'hypocondre droit devient le siège d'une douleur plus

superficielle et bien moins violente, qui est surtout localisée par le malade au niveau du rebord costal droit. Bientôt apparaît immédiatement au-dessous des côtes une tuméfaction sans rougeur de la peau ; puis peu après une seconde tumeur se développe près de la ligne médiane, entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde. On applique un vésicatoire sur chacune de ces tumeurs, et comme elles continuent à augmenter, le malade entre à l'hôpital au bout de trois semaines environ.

Etat actuel. — Maigreur extrême ; teint terreux.

Auriculaire gauche très volumineux, présentant une fistule dorsale par laquelle la sonde cannelée pénètre directement dans l'articulation de la première phalange avec la seconde ; l'articulation est complètement détruite et les extrémités osseuses nécrosées. Par la fistule sort un pus verdâtre, mal lié ; pas de décollement dans la paume ni à la face dorsale de la main ; pas de lymphangite.

Le foie présente sur la ligne mamelonnaire une hauteur de 16 centimètres ; il affleure en haut la 7^e côte. Le bord inférieur descend à un travers de doigt au-dessous et à droite de l'ombilic ; il remonte ensuite à gauche, passe au niveau de l'ombilic et aboutit à l'extrémité antérieure de la 7^e côte gauche.

Les deux tumeurs sont situées l'une contre la ligne médiane, l'autre au-dessous du rebord costal dans le flanc droit.

La tumeur médiane est recouverte par une peau rouge, luisante, tendue. Elle a environ 9 centimètres de hauteur et 8 de largeur ; elle commence à 2 cm. 50 au-dessous de l'appendice xiphoïde et se termine un peu au-dessus de l'ombilic. La tumeur latérale a 6 centimètres de diamètre

vertical et 8 de diamètre horizontal. Elle est située un peu en dehors de la ligne mamelonnaire; en haut, elle affleure le rebord costal; en bas elle atteint presque le bord tranchant du foie.

Ces deux tumeurs sont nettement fluctuantes et il est facile de constater qu'elles communiquent entre elles par un orifice profond; la fluctuation se transmet de l'une à l'autre avec la plus grande facilité.

Les autres organes sont sains.

Les urines sont normales.

Opération le 16 juin. — Chloroformisation.

Incision verticale de 8 centimètres sur la tumeur médiane. La peau et le tissu cellulaire sont épaissis, infiltrés de sérosité; à l'incision de l'aponévrose, écoulement d'un flot de pus verdâtre, crémeux, épais, un peu glutineux, d'abord pur, puis strié de sang.

L'orifice est obstrué par des tampons pour éviter l'évacuation complète de la poche et faciliter l'incision de l'autre tumeur qui tend à s'affaïsser.

Incision verticale de 8 centimètres sur la tumeur latérale; une grande quantité de pus s'écoule alors du foyer par ces deux larges orifices; on fait un lavage à l'eau bouillie pour nettoyer complètement le foyer. Le doigt introduit par l'orifice médian pénètre profondément dans l'intérieur du foie, et on constate que les deux poches communiquent entre elles par un large orifice; de plus, l'exploration pratiquée par l'incision latérale révèle l'existence d'un diverticule de 7 à 8 centimètres de profondeur creusé à droite dans la substance hépatique.

Un gros drain est passé en anse par les deux orifices.

Un second drain est mis dans le diverticule droit. Pansement iodoformé.

Amputation de l'auriculaire; pansement iodoformé sans réunion à cause des lésions de suppuration, étendues autour de l'articulation malade.

Suites très simples. Soulagement immédiat très notable. Amélioration très rapide de l'état général.

Le pansement est refait tous les jours au début, car tous les jours il est souillé de pus. A partir du 6^e jour, l'écoulement ayant notablement diminué, le drain en anse est enlevé et on place un drain court dans chaque orifice, et le pansement est fait tous les deux jours.

Le 15^e jour, on supprime tout drainage, les deux cavités sont presque comblées; le pansement renouvelé tous les 4 ou 5 jours est à peine souillé d'un liquide séreux, non purulent et sans aucun mélange de bile.

Le 10 juillet, 24^e jour, la cicatrisation des deux orifices est complète. L'amputation du doigt n'est pas absolument cicatrisée. Pansement à l'emplâtre d'oxyde de zinc.

Le malade quitte l'hôpital le 16 juillet complètement guéri. Son état général est excellent; les forces et l'embonpoint ont rapidement reparu. Le foie a repris son volume normal.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. le Dr Jaboulay.)

H... G..., trente ans, voiturier à Lyon. Amené à l'hôpital le 20 septembre 1896, cet homme a reçu un coup de timon de voiture en arrière et à droite à la hauteur du

foie ; il s'établit un vaste foyer de suppuration caractérisé par un bombement de l'épigastre.

M. le professeur Jaboulay pratique la laparotomie le 30 septembre. Après l'ouverture du péritoine, il se fait un écoulement sanguin noir, puis de la sérosité, des matières en grumeaux noirs et verts formés par un mélange de débris du foie sphacélé et la suppuration. Cette lésion siège dans la partie antérieure du foie ; c'est une lésion par contre-coup. Le malade sort guéri deux mois après.

CONCLUSIONS

I. Lorsqu'on a reconnu un abcès du foie, il est de toute nécessité d'intervenir le plus rapidement possible ; si le diagnostic n'est pas certain, une ponction ou une laparotomie exploratrices permettront de reconnaître la présence du pus et d'en préciser le siège : on devra l'évacuer par la voie la plus courte et la plus directe.

II. Si cet abcès proémine à la partie antérieure du foie, ou dans la fosse iliaque droite, la laparotomie sera l'opération la plus propice.

III. Si le pus fait saillie à la partie postéro-externe, ou siège à la face convexe du foie, en refoulant le diaphragme on fera une incision transpleurale ; on pourra réséquer une ou plusieurs côtes pour donner une issue plus facile au pus, si cela est nécessaire.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BONDET.

Vu :

POUR LE DOYEN,
IACASSAGNE

Vu et permis d'imprimer
LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER.	9
CHAPITRE II. — Méthodes anciennes.	12
CHAPITRE III. — Diagnostic des abcès du foie, de leurs différents sièges, et leur traitement correspondant.	16
OBSERVATIONS.	22
CONCLUSIONS	53

